

ASPECTS THERAPEUTIQUES DES CICATRICES CHELOÏDIENNES AU CENTRE DE DERMATOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE TREICHVILLE, ABIDJAN-CI

Therapeutic features of Cheloid scars at the Dermatology unit of Treichville teaching hospital, Abidjan-Côte d'Ivoire

ASSI K, KOUAME K, ECRA E, GBERY I P, YOBOUE YP, KANGA JM.

Service de Dermatologie du Centre hospitalier et universitaire de Treichville

Résumé

Contexte : les cicatrices chéloïdiennes sont fréquentes chez le sujet noir africain et particulièrement en cote d'ivoire. La prise en charge mal codifiée, et la chronicité sont responsables des récurrences fréquentes.

Objectif: Evaluer la prise en charge des cicatrices chéloïdiennes en vue d'une codification.

Matériels et méthodes :

Cette étude a été réalisée au Service de Dermatologie du CHU de Treichville. Il s'agit d'une étude thérapeutique à visée pronostique sur une période d'un an. Ont été inclus tous les patients présentant une cicatrice chéloïdienne et ayant donné leur consentement pour participer à l'étude.

Résultats : L'étude a permis de noter que:

- la moyenne d'âge était de 28 ans sans prédominance de sexe
- le traitement le plus utilisé était l'association chirurgie et les infiltrations de corticoïde retard dans 66% des cas.
- nous avons obtenu un très bon résultat dans 73% des cas
- l'évolution avait été très bonne dans 90,5% avec la triple association : les infiltrations, la chirurgie et la presso thérapie.

Conclusion: La méthode thérapeutique associant les infiltrations de corticoïde retard à la chirurgie et à un autre moyen thérapeutique donne de meilleurs résultats. Elle devrait se faire en fonction des caractéristiques cliniques de la cicatrice chéloïdienne.

Mots clés: Cicatrice- chéloïde- traitement

Summary

Context : Cheloid scars are common in black African. Treatment is not adequately codified and chronicity of these cheloid scars is responsible for frequent recurrences.

Objective: To assess treatment of cheloid scars for their codification

Material and methods This study has been conducted in the dermatology unit. It is a therapeutic and prognostic study over one year. All the patients bearing cheloid scars and who agree to take part in this study were included.

Results : Average age was 28 without any sex predominance. The most used treatment was the combination of surgery and corticoid injections in 66% of cases. We had achieved a rate of 94.5% of good results when combining injections, surgery and pressotherapy.

Conclusion : Therapeutic method combining injection of corticoid to surgery and to other therapeutic means provide good outcomes. It should be done in accordance with the clinical features of the cheloid scar.

Key words: scar-cheloid- treatment

INTRODUCTION

La cicatrice chéloïdienne est caractérisée par une prolifération du tissu dermique, dense, expansive, ferme ou dure sans aucune tendance à la régression spontanée [1, 2,11]. En Europe, on note une prévalence de cas de cicatrices chéloïdiennes comprise entre 6 et 16%, avec une nette prédominance du sujet noir [3, 4,10]. Les jeunes de la tranche d'âge comprise entre 15 et 30 ans sont les plus touchés [11]. Le traitement des cicatrices chéloïdiennes est basé sur plusieurs moyens utilisés seul ou en association. Il s'agit des infiltrations de corticoïdes, de bléomycine ou d'interféron, la presso thérapie, la cryothérapie, le laser et l'exérèse chirurgicale [4, 5].

En Côte d'Ivoire, la pathologie semble fréquente même s'il n'existe pas assez de donnée disponible(7). Le traitement utilise les moyens thérapeutiques précédemment énumérés sauf le laser.

Cependant, leur utilisation n'est pas basée sur des directives bien définies. Les études menées n'ont pas défini une codification thérapeutique tenant compte des caractéristiques cliniques.

C'est pourquoi, nous avons initié cette étude afin d'évaluer la prise en charge des cicatrices chéloïdiennes au centre de dermatologie du centre hospitalier et universitaire de Treichville (Abidjan, Côte d'Ivoire).

• Type et population d'étude

Il s'agit d'une étude thérapeutique quasi-expérimentale avec un suivi post-thérapeutique de 6 mois pour chaque patient.

Nous avons réalisé une étude thérapeutique quasi-expérimentale portant sur 100 patients recrutés à la consultation du centre de dermatologie du centre hospitalier et universitaire de Treichville, selon les critères suivants :

• La population d'étude était constituée par les patients reçus au Centre de Dermatologie du CHU de Treichville selon les critères suivants :

- Critères d'inclusion : consentement éclairé du patient pour participer à l'étude.
- Critère de non inclusion : allergie à la lidocaïne, impossibilité de suivi du patient.
- Critère d'exclusion : arrêt du traitement et/ou perdu de vue.

• Réalisation pratique

Le patient inclus a été traité en tenant compte de la taille, de la localisation et des caractéristiques cliniques des cicatrices chéloïdiennes. Nous avons utilisé deux moyens thérapeutiques, l'exérèse chirurgicale et l'infiltration intra lésionnelle, comme suit :

- l'exérèse chirurgicale a consisté en des excisions intra lésionnelles avec une

MATERIELS ET METHODES

marge de un à deux millimètres de tissu chéloïdien.

- les infiltrations intra lésionnelles de corticoïde retard ont été effectuées à l'aide de seringue de fin calibre ou au dermojet.

Nous avons revu chaque patient au moins 6 mois après le début du traitement.

L'évolution clinique des lésions a été appréciée sur la persistance ou la disparition des caractères cliniques suivants :

- la rougeur,
- la surélévation ou l'expansion,
- la dureté,
- la sensibilité ou le prurit.

Nous avons jugé l'évolution comme suit :

- très bonne quand les 4 caractères ont disparu,
- bonne quand 3 des caractères ont disparu,
- passable quand 2 des caractères ont disparu,
- médiocre quand 1 des caractères a disparu ou quand tous persistent [5].

RESULTATS

Nous avons recruté et traité 100 patients présentant une cicatrice chéloïdienne. L'âge des patients atteints de cicatrices chéloïdiennes étaient compris entre 12 et 68 ans avec une moyenne de 28 ans.

Il n'y avait pas de prédominance de sexe.

Certains traitements, notamment le laser, la radiothérapie, les infiltrations d'interférons, n'ont pu être réalisés dans notre étude parce qu'ils n'étaient pas disponibles ou étaient onéreux.

Par manque d'azote liquide, nous n'avons pas pratiqué de cryothérapie.

Les infiltrations de corticoïde retard associées à la chirurgie ont été les traitements les plus utilisés avec un taux de 66% des cas.

L'association: chirurgie, infiltration de corticoïdes retards et de pressothérapie, a été effectuée dans 21% des cas.

Par contre les infiltrations de corticoïdes retards n'ont été utilisées seules que dans 13% des cas (tableau I).

L'évolution après traitement a été satisfaisante.

Nous avons obtenu un très bon résultat dans 73 cas sur 100 (73%) et un bon résultat dans 21 cas sur 100 (21%).

Seulement dans 4% et 2% des cas, nous avons obtenu, respectivement un résultat moyen et un résultat médiocre (tableau II). La relation établit entre la méthode thérapeutique et l'évolution, nous a permis d'observer 46,2% de très bonne évolution par les infiltrations de corticoïde contre 73% par les infiltrations de corticoïde associées à la chirurgie et 90,5% par les infiltrations de corticoïde associées à la chirurgie et à la pressothérapie (tableau III).

COMMENTAIRES

La méthode thérapeutique associant la chirurgie aux infiltrations de corticoïdes et /ou à la pressothérapie semble être plus efficace.

Cette technique permet non seulement une réduction volumétrique de la chéloïde mais aussi l'éviction des récurrences.

Elle serait mieux indiquée dans les chéloïdes de grande taille ou en plaque.

Les études menées respectivement par BODOK et KADIO-RICHARD, nous ont montré l'efficacité des ces associations thérapeutiques [2,6].

Selon ELBAZ, cette association donne de meilleurs résultats dans 80% des cas [4]

Nous avons obtenu un taux de très bon et de bon succès thérapeutique dans 94% des cas. Le fort taux de succès obtenu dans notre étude, pourraient s'expliquer par le fait qu'on ait associé l'exérèse chirurgicale aux infiltrations de corticoïde et/ou à la pressothérapie.

Par ailleurs ce taux de succès dépendrait de la technique d'exérèse chirurgicale,

Mais aussi des caractéristiques cliniques des cicatrices chéloïdiennes à savoir: la taille, la localisation, le nombre et la consistance.

Pour SAIAG et certains auteurs, cette technique d'excision chirurgicale réduire la survenue des récurrences [12].

En effet, cette excision chirurgicale intra chéloïdienne doit laisser une marge de 1 à 2 millimètre de tissus chéloïdiennes ; La suture doit se faire sans tension.

Cette méthode chirurgicale doit précéder les infiltrations intra cicatricielles de corticoïde associée ou non à la pressothérapie selon la taille et la localisation des cicatrices chéloïdiennes.

Pour certains auteurs ces infiltrations intra lésionnelles doivent se faire 1 à 2 semaines après la chirurgie [8].

CONCLUSION

Les cicatrices chéloïdiennes constituent un problème majeur de santé chez le noir.

Elles touchent le plus souvent le sujet jeune. Devant la fréquence élevée et les difficultés thérapeutiques, il est donc apparu nécessaire d'initier une étude thérapeutique quasi expérimentale qui a permis de noter que le taux de succès thérapeutique est fonction de la méthode thérapeutique. Ainsi le traitement effectué associant les infiltrations de corticoïde, l'excision chirurgicale et la pressothérapie a donné de meilleurs résultats et a montré de façon significative l'avantage de ces associations, qui devrait tenir compte de la taille, du nombre et de la localisation des cicatrices chéloïdiennes.

Mots-clés : cicatrice, chéloïde, traitement

REFERENCES

1. BEUNACEUR S. Chéloïdes dans thérapeutique dermatologique, paris : Flammarion, 2001 :135-137.
2. BODOK HI. Prise en charge thérapeutique des chéloïdes. Encycl. Med. Chir. Cosmétologie esthétique, 50-460-A 10, 2003 :6p.
3. BURTON JL, EBLIN FJ. Hypertrophy scars and keloids. In text Book a, Wilson DS, Ebling Champion R.H, Burton J.L. Eds, Oxford, Blackwell, scientific publication, 1986; 83: 1983-87.
4. ELBAZ JS. Utilisation dans les cicatrices hypertrophiques et chéloïdes de l'acétate et du Phosphate de betamethazone. Gaz Med France, 1972, 79: 1379-1381.
5. EPIERAD. Cicatrices hypertrophiques dermatologie.free.fr.2006 :3p.
6. KADIO RICHARD, KOSSOKO. Exérèse intra chéloïdienne et infiltration différée de corticoïde dans le

traitement des chéloïdes au CHU de Treichville-Abidjan. med.trop, 1990, 3 : 295-297.

7. KASSI K, ECRA E, CISSE M, ET AL. Profil épidémiologique et clinique des cicatrices chéloïdes. GUINEE Med, 2006,52 :57-62.

8. LITOUX P, PANNIER M, STADLER JF. Traitement des chéloïdes. Ann. Dermato, 1986, 113: 875-876.

9. MAHE A. Dermatologie sur peau noire. Paris : Doin, 2000 : 206p

10. PITCHE. Quelle est la réalité des chéloïdes « spontanées. Ann. Dermato. Venerol, 2006 ; 133: 501.

11. REVOL M, SERVANT JM. Cicatrice hypertrophique et chéloïde. Htm : cicatrice chéloïde, Mai 2004: 1-3.

12. SAJAG P. Cicatrice hypertrophique et chéloïde. Concours Med, 1988 ; 110: 2843-2847.

Tableau I : Type de traitement effectué

Type de traitement	Effectif	Pourcentage
Infiltration de corticoïde + exérèse chirurgicale	66	66%
Infiltration de corticoïde + exérèse chirurgicale + presso thérapie	21	21%
Infiltration de corticoïde seul	13	13%
Total	100	100%

Les infiltrations de corticoïde retard associées à la chirurgie ont été les traitements les plus utilisés avec un taux de 66% des cas.

Tableau II : Evolution des chéloïdes après traitement

Evolution post-thérapeutique	Effectif (n)	(%)
Très bon	73	73
Bon	21	21
Moyen	4	4
Médiocre	2	2
Total	100	100

Nous avons obtenu un très bon résultat dans 73 cas sur 100 (73%) et un bon résultat dans 21 cas sur 100 (21%).

Tableau III : Relation entre l'évolution et la méthode thérapeutique

Evolution	Traitement		
	Infiltration de corticoïde (IC) (n = 13)	Infiltration de corticoïde + chirurgie (CH+IC) (n = 66)	Infiltration de corticoïde + chirurgie + presso thérapie (IC+CH+P) (n = 21)
Très bonne	46,2% (6)	73% (48)	90,5% (19)
Bonne	30,8% (4)	22,7% (15)	9,6% (2)
Moyenne	23% (3)	1,2% (1)	0% (0)
Médiocre	0% (0)	3,1% (2)	0% (0)
X² (ddl)	18,66 (6)		
P	0,0047		

La différence observée entre ces pourcentages est statistiquement significative (P < 0,01).



Fig 1: Chéloïde du lobe de l'oreille avant traitement.



Fig. 2: Chéloïde du lobe de l'oreille après traitement. (chirurgie, infiltration, presso thérapie).



Fig. 3: Chéloïde post césarienne



Fig. 4: 3 semaines après chirurgie + Infiltration + presso thérapie